Université Alger1.Faculté de Médecine. Département de Médecine. Cycle gradué
Module UMC

Les Céphalées

Pr A. SAADI
Service de neurologie
EHS Ben Aknoun

année universitaire 2019- 2020

LES CEPHALEES

I - Introduction

II - Classification Internationale ICH3

-Migraine, céphalées de tension Algie vasculaire face
Céphalées secondaires ,vasculaires, névralgie d'Arnold, hypertension intracrânienne, hypotension intracrânienne, névralgie du trijumeau

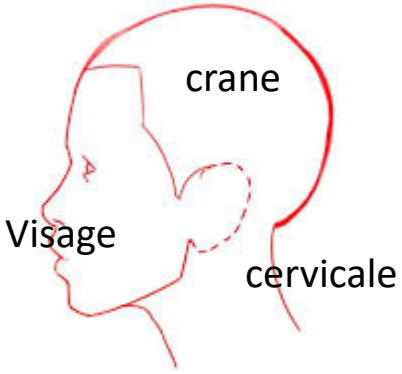
III - Démarche diagnostique:

Interrogatoire, examen neurologique , examens complémentaires

IV –Traitement

V - Conclusion

I - INTRODUCTION



- Le terme « céphalées » « maux de tète », incluse toute douleur de l'extrémité céphalique, que ce soit une céphalée proprement dite, une algie faciale ou une douleur cervicale.

•La céphalée constitue un des symptômes les plus fréquemment rencontrés en neurologie et en médecine générale.
•Représente un problème de santé publique »

•Ce symptôme, peut correspondre à des situations cliniques très différentes ,c'est un domaine immense.

•La classification internationale des céphalées ICHD 3 reconnaît 13 catégories de céphalées, 4 catégories de céphalées primaires, 9 catégories de céphalées secondaires, le tout correspondant à plus de 85 causes différentes

En majorité il s'agit de céphalées primaires, cependant 1 à 4% sont des céphalées secondaires dont certaines peuvent engager le pronostic vital.

Le traitement de la crise de migraine repose toujours sur le couple triptans/AINS, proposé par les recommandations de l'ANAES dès 2003.

Les connaissances physiopathologiques ont continué à progresser, sans qu'elles aient pour l'instant débouché sur des thérapeutiques innovantes

II - Classification internationale des céphalées (ICHD-3)

The International Classification of Headache Disorders,

A - LES CÉPHALÉES PRIMAIRES

B- LES CEPHALEES SECONDAIRES

II. A - LES CÉPHALÉES PRIMAIRES

1. Migraine
2. Céphalée de tension
3. Céphalées trigémino-autonomiques
4. Autres céphalées primaires

Une céphalée primaire est une céphalée survenant sans aucun lien avec une autre pathologie, une anomalie ou un traumatisme identifiable. Elle correspond à une pathologie en elle-même. L'examen clinique est donc normal.

II .B- LES CEPHALEES SECONDAIRES

5. traumatisme crânien et/ou cervical
6. affection vasculaire crânienne
7. affection intracrânienne non vasculaire
8. Céphalée attribuée à une substance ou son sevrage
9. Céphalée attribuée à une infection
10. Céphalée attribuée à un désordre de l'homéostasie
11. Céphalée ou algie faciale attribuée à une affection du crâne, du cou, des yeux ,des oreilles ,du nez, des sinus,des dents, de la bouche ou d'autres structures faciales ou cervicales
12. Affection psychiatrique
13 Neuropathies crâniennes douloureuses et autres douleurs faciales
14. Autres céphalées non classée,

1. Migraine

- Migraine **sans aura**
- Migraine **avec aura :** typique, aura du tronc cérébral
  Migraine hémiplégique familiale, sporadique
- Migraine chronique
- Complications de la migraine : État de mal migraineux
- Migraine probable
- Syndrome des vomissements cycliques
- Migraine abdominale

1 - LA MIGRAINE hémicrânie, chkika

- La migraine est une céphalée « primaire », sans lésion sous jacente
- **Prévalence** : moy : 12%

  Predominance feminine

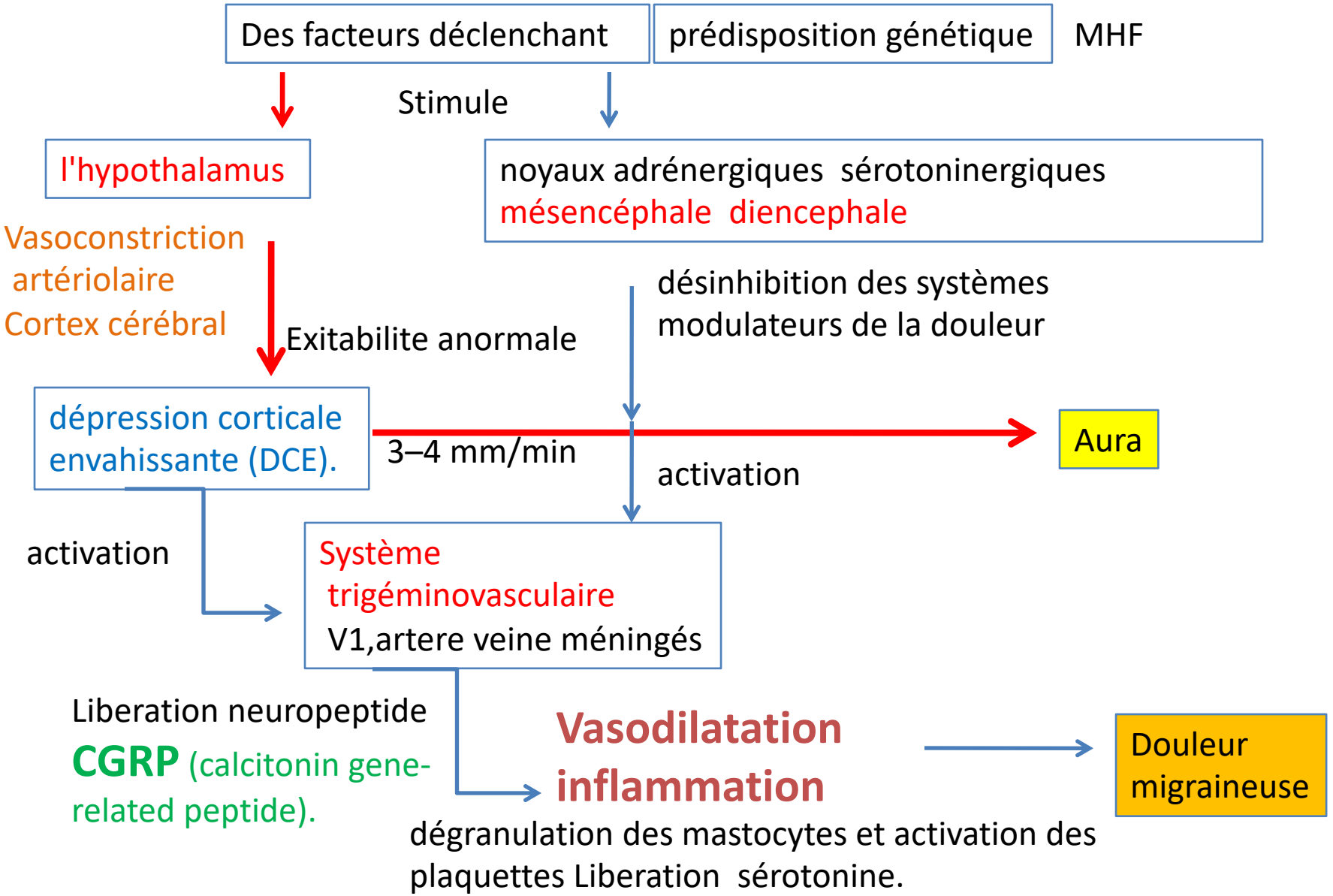
- premier motif de dépenses en médicaments (France)
- Premier motif de consultation en neurologie
- La **classification** de (IHS) distingue 2 types :

  la migraine sans aura (2/3) et avec aura (1/3)
- elle évolue par crises avec des intervalles libres faciles à reconnaitre et ne **nécessitent pas d'examens complémentaires**
- la difficulté diagnostique se pose lors de la première crise
- Le traitement de la crise a connu une avancée considérable avec les triptans

Maladie neuro-vasculaire :

- Le désordre primaire est d'ordre neurologique
- Il est accompagné d'effets vasculaires

La physiopathologie reste mal connue



• Facteurs declenchants

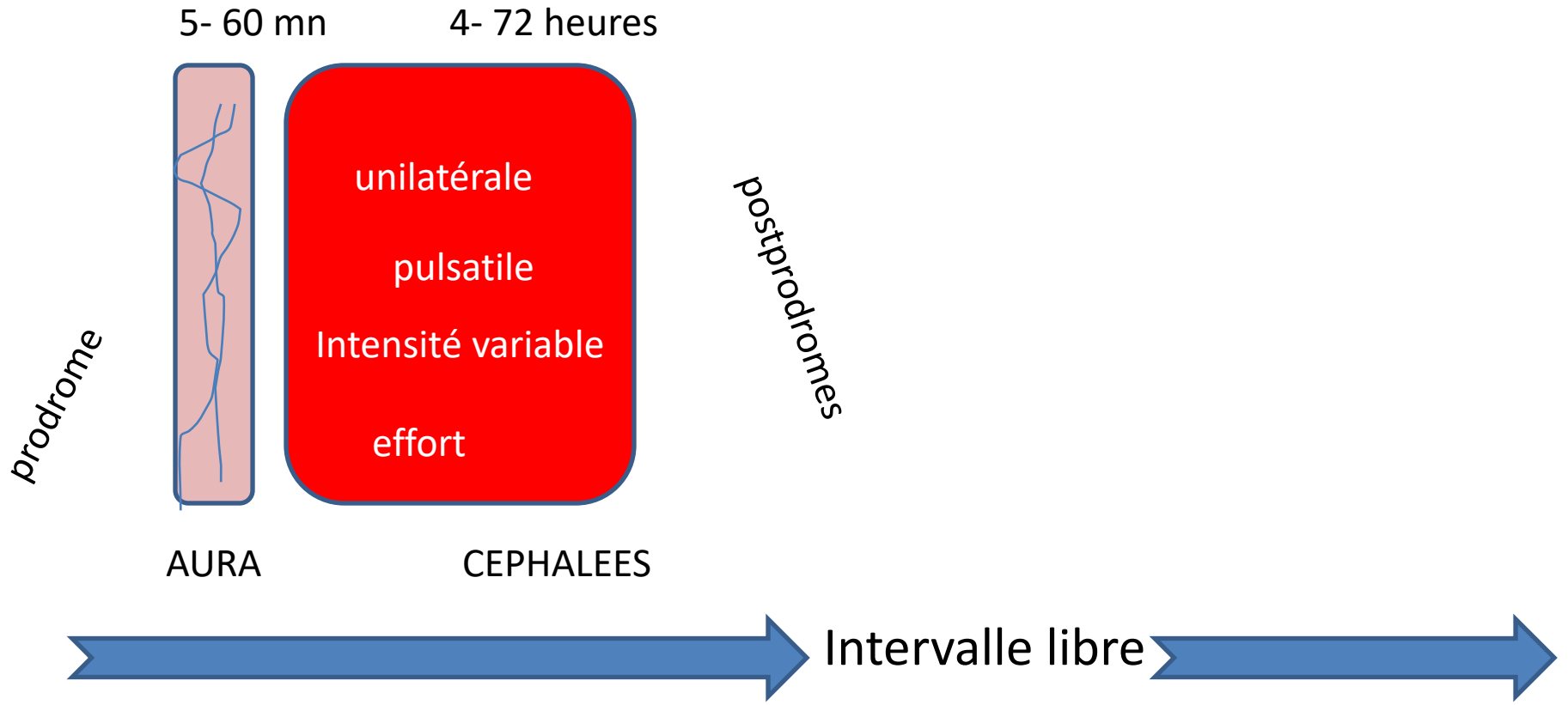
•**psychologiques** (émotions, stress, anxiété, surmenage, conflit professionnel ou familial)
•**-alimentaire** (jeûne, chocolat, graisses, œufs, alcool)
• **neuro-sensoriel** (odeurs, luminosité, chaleur...)
• **endocrinien** (traitements hormonaux, estro-progestatifs)

CLINIQUE

Le tableau clinique est très hétérogène:

avec aura , sans aura

une crise de migraine se déroule selon le modèle



1.1 Migraine sans aura

A. Au moins cinq crises répondant aux critères B-D

B. Crises de céphalée durant 4 à 72 heures ,séparés par des intervalles libres de toute douleur.

C. Céphalée ayant au moins deux des quatre caracté suivantes :

1. topographie unilatérale (hémicrânie)
2. type pulsatile
3. intensité douloureuse modérée ou sévère
4. aggravée par ou entraînant l'évitement de l'activité physique de routine (*par ex., marche ou montée des escaliers)*

D. Durant la céphalée, au moins l'un des symptômes suivants :

1. nausées et/ou vomissements
2. photophobie et phonophobie

E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

- **Les prodromes(40%)** à type d'irritabilité, d'asthénie, de somnolence, d'une tendance dépressive, d'euphorie, d'une sensation de faim ou de constipation, bâillement
- **Les symptômes postdromiques** (48 h): fatigue et troubles humeur

-La crise peut commencer à n'importe quel moment de la journée
- **Migraine probable** :une seule crise ou un petit nombre de crises,

- Plus de 56% des patients signalent une amélioration des céphalées par le **sommeil.**
-
-**La fréquence** des crises est variable d'un patient à l'autre et chez le même individu, 70% : **1 crise /sem** ou mois
10% :plusieurs **crise /sem**. Les femmes présentent plusieurs crises

1.2 Migraine avec aura

A. Au moins deux crises répondant aux critères B et C

B. Au moins un symptôme entièrement réversible d'aura :

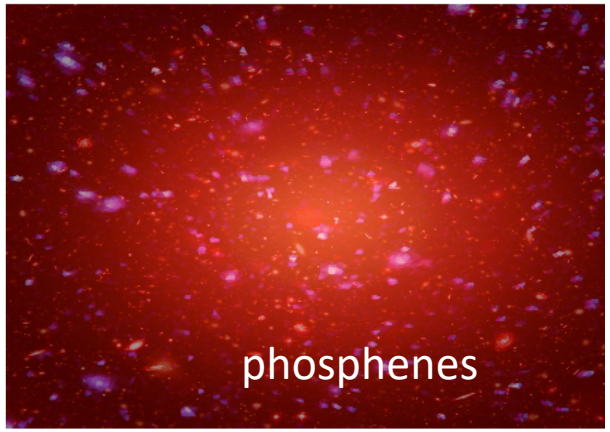
1. visuel, 2. sensitif, 3. parole et/ou langage
4. moteur, 5. tronc cérébral 6. rétinien

C. Au moins trois des six caractéristiques suivantes :

1. au moins un symptôme se développe progressivement 5 minutes
2. deux ou plusieurs symptômes d'aura surviennent successivement
3. chaque symptôme d'aura dure 5-60 minutes
4. au moins un symptôme d'aura est unilatéral
5. au moins un symptôme d'aura est positif
6. l'aura est accompagnée, ou suivie dans les **60 minutes**, d'une **céphalée**

D. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

• **Auras visuelles** :altérations visuelles positives
(décharge lumineuses,
Altérations visuelles négatives
(perte de vision locale, **scotome**, …)



• **Auras sensorielles**: paresthésie des premiers doigts de la main ou du pourtour des lèvres.
• **Troubles du langage** : aphasie (rares).
•• **Troubles de l'équilibre** :(rares).vertige,dysarthrie,hypoacousie
• l'aura peut ne pas être suivie d'une migraine (1% des patients). Survenant avant la céphalée, parfois après ou continue pendant la phase céphalalgique.

formes particulières de migraine

Migraines prévisibles:

La migraine du week-end

La migraine cataméniale: migraine sans aura, J-2 et J+3 du cycle

La migraine basilaire : migraine avec aura atypique

L'état de mal migraineux Crise migraineuse invalidante qui dure plus de 72 heures.

La migraine hémiplégique :

- c'est une forme de migraine familiale de transmission autosomique dominante, liée à des mutations gène *CACNA1A ATP1A2, SCN1A*

- hémiparésie ou une hémiplégie persistante, quelques heures à quelques jours, être isolés ou accompagnés d'autres symptômes
- Bilan Radiologique normal
-La récupération est heureusement totale après la crise.

Syndromes épisodiques pouvant être associés à la migraine

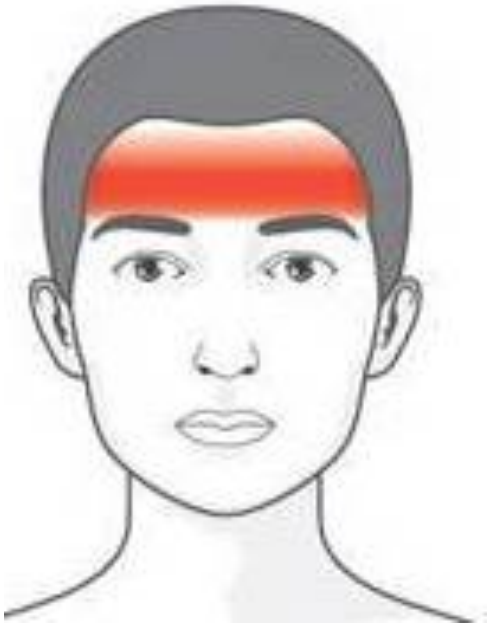
- **Syndrome des vomissements cycliques**
- **Migraine abdominale**
- **Vertige paroxystique bénin**
- **.3 Torticolis paroxystique bénin**

•S’observe chez les enfants

2. Céphalée de tension

Episodique peu fréquente , chronique, probable. L'association céphalée de tension et migraine est très fréquente, on parle alors de céphalée mixte

est très fréquente, Incidence annuelle 14 /1000
La forme chronique a un impact socio-économique élevé.
Physiopathologie inconnue



Au moins 10 épisodes de céphalée survenant:

épisodique < 12j/an , **chronique** entre > 12j/an et < 180j/an

Durée de 30 minutes à 7 jours

Au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :

1. localisation bilatérale
2. à type de pression ou de serrement (**non pulsatile**)
3. intensité légère ou modérée
4. absence d'aggravation par les activités physiques de routine comme marcher ou monter des escaliers

Présence des deux caractéristiques suivantes:

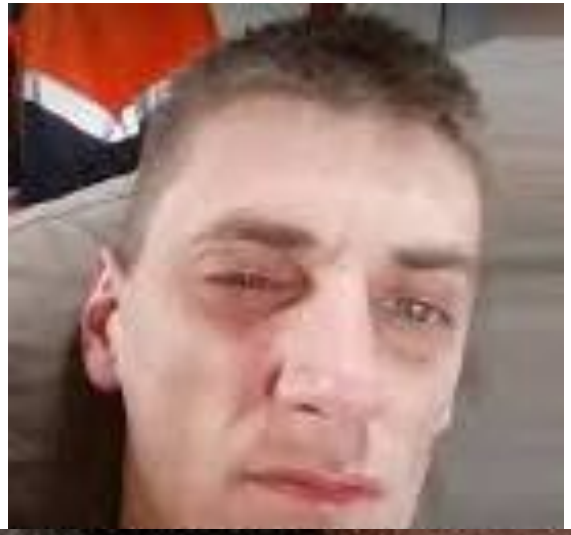
1. ni nausée, ni vomissement
2. pas plus d'un de ces deux signes associés: **photophobie** ou **phonophobie**

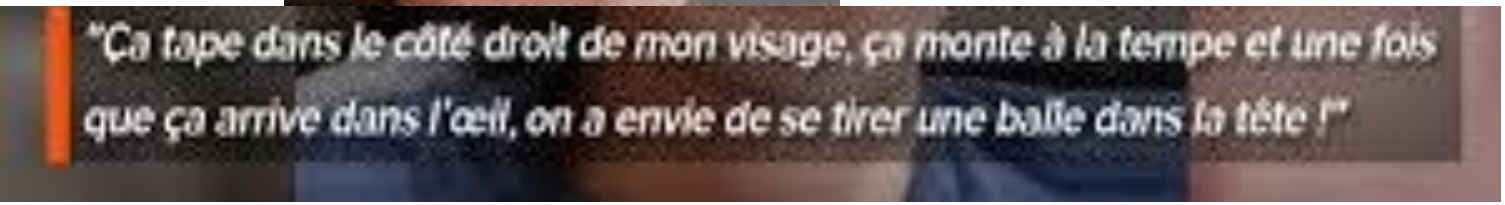
3. Céphalées trigémino-autonomiques (CTA)

Une céphalée unilatérale
des signes autonomiques parasympathiques ipsilatéraux à la céphalée.

- **Algie vasculaire de la face**
- **Hémicrânie paroxystique**
- **SUNCT** Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing **Crises d'allure névralgique unilatérales de courte durée avec injection conjonctivale et larmoiement**
- **Hemicrania continua**

3.1 Algie vasculaire de la face





3.1 Algie vasculaire de la face

A. Au moins cinq crises répondant aux critères B-D

B. Douleur sévère à très sévère, unilatérale, orbitaire, susorbitaire et/ou temporale durant **15 à 180 minutes**

C. L'un des éléments suivants ou les deux:

1. au moins un des signes/symptômes suivants, du même côté que la douleur:

a) injection conjonctivale et/ou larmoiement

b) congestion nasale et/ou rhinorrhée

c) œdème palpébral

d) sudation du front et de la face

e) myosis et/ou ptosis

2. une sensation d'impatience ou une agitation motrice

D. **Fréquence** des crises comprise entre 1 / 2 j et 8 par jour

Les crises surviennent en salves durant des périodes de quelques semaines à quelques mois séparées par des phases de rémission qui durent généralement des mois ou des années.

Environ 10-15 % des patients ont une forme chronique, sans périodes de rémission.
Age de début entre 20 à 40 ans.
Forme épisodique et chronique

SUNCT syndrome **Crises d'allure névralgique unilatérales de courte durée avec injection conjonctivale et larmoiement**
Céphalée périorbitaire de 30 seconde à 1 min, se renouvelant jusqu'à 30 accés/heure
Rhinorrhée, rougeur conjonctivale et larmoiement parfois sanglant

4. Autres céphalées primaires

• Induite par **la toux** :entre qq sec,qq mn – 2 h, soudaine,bilaterale et posterieures, age plus 40 ans

d'effort: effort physique intense et se produisant uniquement pendant ou après celui-ci, < 48 heures

• liée à **l'activité sexuelle**: deux épisodes de céphalée et/ou de douleur cervicale, de 1 minute à 24 heures

• **en coup de tonnerre** brutale, imitant celle d'une hémorragie, IRM nl

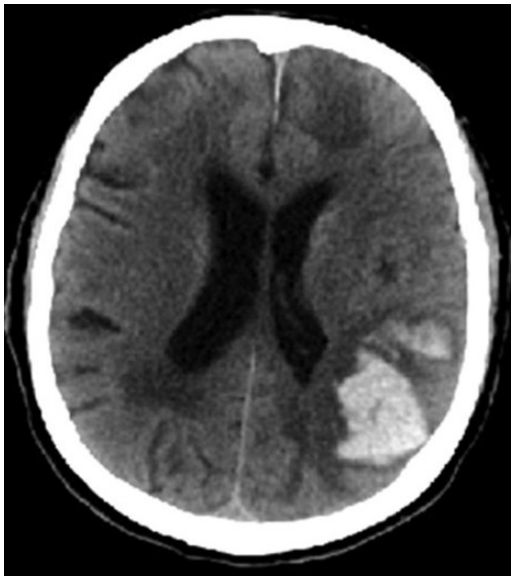
le **froid**: exposition de la tête non protégée à une température ambiante très basse., *l'ingestion* rapide de glace pilée , disparait 30 minutes après le retrait

Céphalée hypnique du « réveil », provoquant le Réveil , 15 minutes à 4 heures . Autres étiologies:l'apnée du sommeil, l'hypertension nocturne, à l'hypoglycémie et à l'abus médicamenteux, pathologies intracrâniennes

6. affection vasculaire crânienne et/ou cervicale

Hémorragie intracrânienne, installation brutale (**coup de tonnerre**, isolée ou associée à des déficits **neurologiques focaux**.
maximale le jour de son apparition
résolutive dans les 3 mois

ischémie cérébrale, Céphalée inhabituelle ,d'apparition soudaine, associée aux signes **neurologiques focaux**
rarement le symptôme révélateur ou majeur de l'AVC
durée limitée.



TDM : hypodensité occipitale gauche
AVC postérieur

Hemorragie Sous Arachnoididienne

la céphalée peut être le seul symptome, se développe en meme temps que l'hemorragie

Syndrome meningé:

- Céphalée diffuse et **violente**, non calmée par les antalgiques usuels.
- d'installation brutale, permanente, exacerbée par la toux, la flexion de la nuque, le bruit et la lumière (photophobie)
- une raideur douloureuse de la nuque caractéristique (position « en chien de fusil » ,des rachialgies, des vomissements

Si Scanner normale : la PL est indispensable pour confirmer le diagnostic.

- **thrombose veineuse**

•Céphalée Le plus souvent permanent ,parfois intermittent,
pouvant même mimer des crises de migraine
Rapidement progressives ou explosives

- œdème papillaire(50%):
- crises comitiales ,
- signes déficitaires focaux,
- troubles de la conscience,
- Tableau HIC

hypersignal spontane SLS

triangle vide

Triangle dense

La Maladie de Horton

Artérite temporale à cellules géantes

Branche de la carotide externe

1. Début des premiers symptômes après 50 ans

2. Céphalées récentes
Céphalées localisées de début récent

3. Anomalie du pouls temporal
Sensibilité de l'artère temporale à la palpation ou diminution du pouls temporal, non liées à l'athérosclérose

4. Augmentation de la vitesse de sédimentation
VS ≥ 50 mm/h

5. Biopsie de l'artère temporale anormale
Biopsie artérielle révélant une vascularite caractérisée par un infiltrat lymphocytaire et un granulome à cellules géantes

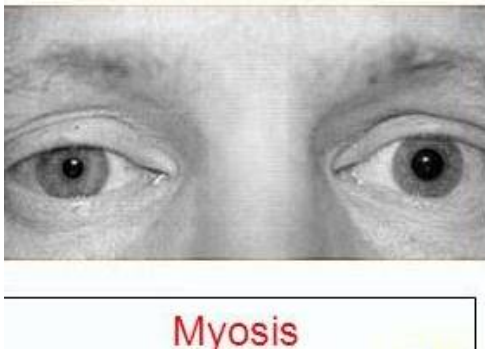
- altération de l'état général, tableau de pseudo-polyarthrite rhumatoide
- ,épisodes de cécité monoculaire transitoire
- **Risque d'evolution vers la cécité définitive**

Dissection d'une artère carotide ou vertébrale

traumatisme direct ou indirect sur les régions cervicales

- Cervicalgies, signe de Claude Bernard Horner (artère carotide),

- cervicalgies postérieures, céphalées occipitale, (artere vertébrale)



Enophtalmie

Anhydrose face et cou

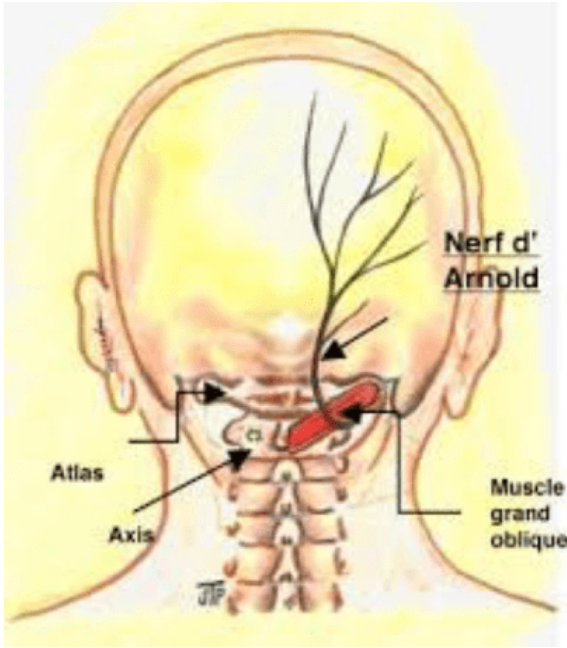
Atteinte de la voie sympathique homolatérale

Névralgie d'Arnold

(conflit du nerf grand occipital avec la charnière osseuse)
formé par la branche postérieure de la deuxième racine cervicale. :

- douleur en **éclair,aigu**e
mais peut s'averer chronique
- prenant origine de la **charnière cervico occipitale**
-irradiant à l'hémicrâne ,jusqu'au sommet du crane jusqu'à la région

- déclenchée par les mouvements du cou:
accident de la route (coup du lapin),
chute de cheval ou sur une plaque de verglas
ou Arthrose cervicale



7. Affection intracrânienne non vasculaire

Hypertension intracranienne

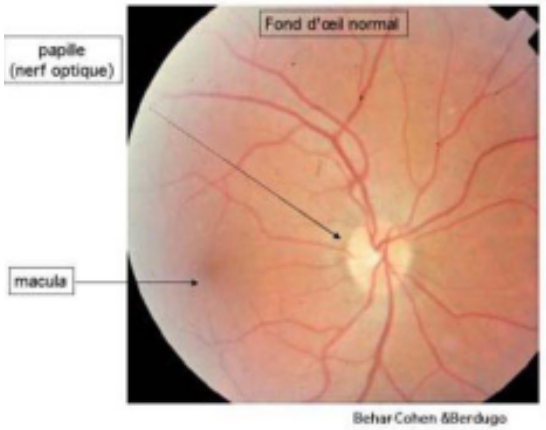
• ensemble des symptômes qui traduisent l'augmentation de la pression à l'intérieur de la boite crânienne , PIC > 15 cm d'eau
• le résultat de l'augmentation du volume d'un ou de plusieurs compartiments intracrâniens
• C'est une urgence neurochirurgicale.
• idiopathique, secondaire
•Céphalées en casque
• le signe le plus constant et le plus précoce
•souvent atroce à type de broiement ou d'éclatement du crâne
• à prédominance matinale ou en seconde partie de la nuit,
• majorées par l'effort et la position en décubitus, résistantes aux antalgiques

• soulagées par les vomissements, faciles, en jet et non précédés de nausées
• Signes d'accompagnement : trouble visuels
troubles de la vigilance inconstants

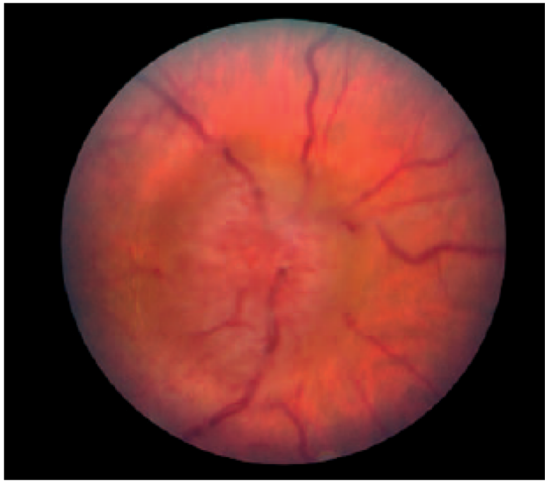
•l'œdème papillaire : est presque pathognomonique d'HIC, mais son absence ne permet en aucun cas d'éliminer le diagnostic d'HIC.

•TDM et l'IRM : permettent de préciser la taille des ventricules et de la lésion causale, l'œdème
•Mesure de la PIC

• **La ponction lombaire est contre indiquée risque d'engagement**.



Oedeme papillaiire :papllle turgescente,l es vx disparaissent dans l'oedeme, hemorragies prepapillaires



Oedeme papillaiire severe , contours non visibles hemorragies

•Etiologies :- Lésions infectieuses ,vasculaires, traumatiques ,tumorales.

•**Traitement symptomatique** solutés hypertoniques (Mannitol)

Les diurétiques : inhibent la sécrétion de liquide céphalo-rachidien et potentialisent l'effet thérapeutiques précédent.* La corticothérapie **Etiologique**

Hypotension intracranienne

une hypovolémie du liquide cérébrospinal, en rapport avec

- une brèche durale dite spontanée (recherche souvent infructueuse

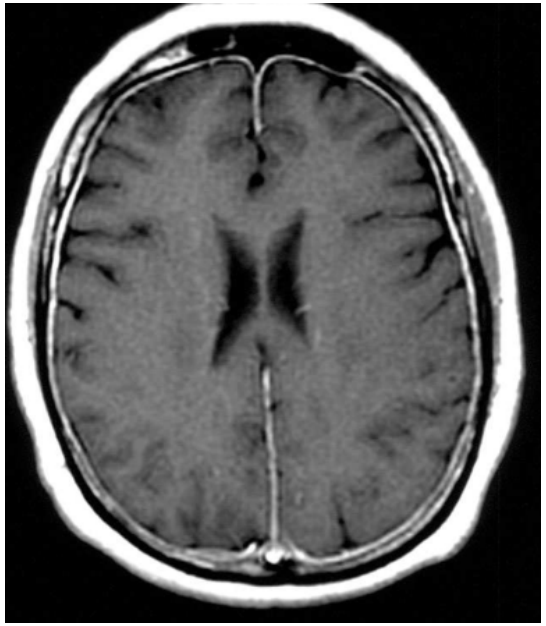
-une céphalée orthostatique

--associée à des douleurs cervicales, des vomissements et des signes auditifs, nausees ,photophobies

-**IRM cérébrale** avec gadolinium est caractéristique avec la présence d'une prise de contraste des pachyméninges

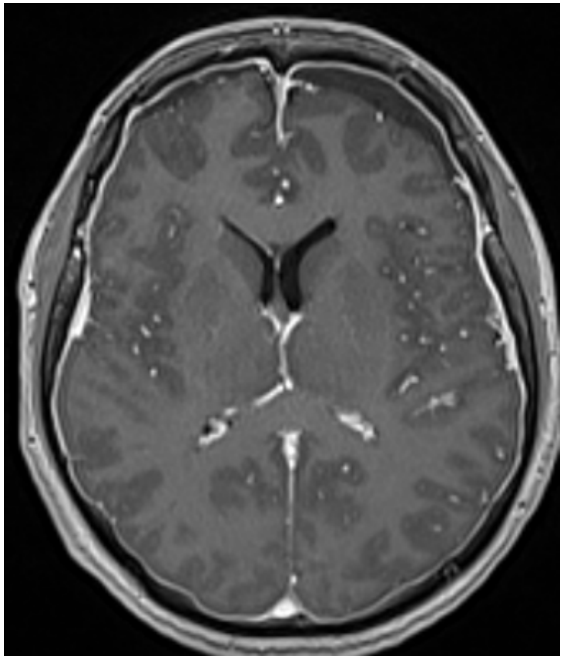
--diminution pression LCR

-



Axial T1 gado

Epaississement méningé et rehaussement apres inject Gado Intense Symetrique ,lineaire, continu



Causes:

- fuite du (LCS) à travers la ponction durale.
- brèche durale spontanée ou provoquée

pathologie inflammatoire, pathologie tumorale, injection intrathécale, MVA,maladie du tissu conjonctif marfan,

-**traitemen**t le *blood patch* épidural lombaire et repos prolongé

8. Céphalée attribuée à une substance ou son sevrage

oxyde nitrique, monoxyde de carbone, alcool, cocaïne,…..

abus médicamenteux: ergotamine, triptan, paracétamol, AINS

sevrage en caféine

10. Céphalée attribuée à un désordre de l'homéostasie

hypoxie et/ou l'hypercapnie: haute altitude, plongée, apnée du sommeil. hypertension artérielle, éclampsie

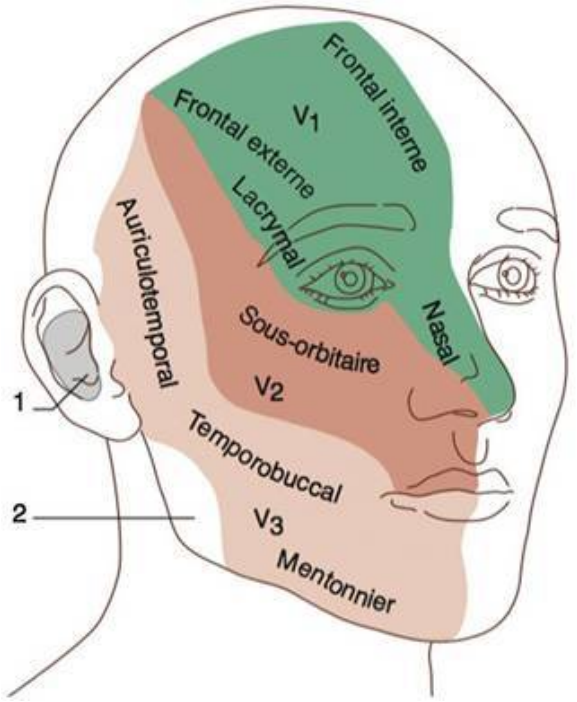
hypothyroïdie , attribuée au jeûne

11. Céphalée ou algie faciale attribuée à une **affection du crâne,cou, oreilles** (otite) ,**nez, dents, bouche**

- **des yeux** (glaucome aigu): douleur à prédominance périorbitaire, d'œil rouge et trouble visuel unilatéral.
- **sinus** (sinusite) céphalée frontale à majoration positionnelle et par pression des régions sinusiennes

13 Neuropathies crâniennes douloureuses et autres douleurs faciales

Névralgie du trijumeau



A-Paroxysmes **récurrents** de douleur faciale unilatérale dans les territoires du nerf trijumeau,

B- les caractéristiques suivantes :

tonalité de **chocs électriques**, coups de feu, coups de poignard

elle dure entre une **fraction de seconde** à 2 minutes

Regrouper en **salves de 1 à 2 mn**

plusieurs fois par jour

son intensité est sévère *« tic douloureux de Trousseau »*

C- déclenchée par des stimuli non douloureux dans la distribution du trijumeau affecté (**zone gachette:** sillon naso-labialcavité endobuccale)

En cas de doute sur une cause secondaire, prescrire une IRM cérébrale avec angio

rechercher une cause lésionnelle (tumeur, plaque de sclérose en plaque…) ou de dépister un conflit vasculo nerveux .

forme essentielle	forme secondaire
l'âge de 50 ans Pas de douleurs entre les crises L'examen neurologique normal **IDIOPATHIQUE** Boucle vasculaire comprimant le V Artere cerebelleuse sup	age 40 ans troubles sensitifs persistants Zone gachette binconstante Examen anormal hypoesthesie ,reflexe corneenne Surdité ,Névrite optique…. **Causes** :SEP,syringo,gliome tc, neuronimome,meningiome, Zona…..

II - Stratégie diagnostique

But: Identifier les différents types de céphalées

ne pas passer à côté d'une céphalée secondaire révélatrice d'une cause grave.

1 -Interrogatoire

c'est une étape importante , Permet d'orienter le diagnostic en précisant :

A- les caractéristiques de la céphalée

B- Les signes d'accompagnement

C- Les antécédents

2- Examen clinique

3- Examens complémentaires

II – 1 INTERROGATOIRE

A- les caractéristiques de la céphalée:

- **Le début** : à qq heures ,mois ou années, récente ou ancienne

-**Mode de survenue:** brutal, par à-coups successifs progressif...

-**Topographie:** uni /bilatérale, frontale, pariétale, occipitale ..

- **caractères** :brûlures , pulsatilité ,pression … atypique ,inhabituel

- **Facteurs déclenchants:** effort , toux/mouvements/zone « gâchette ».. traumatisme crânien ,contrariété **,**grossesse, menstruations, sensoriels, climatique, alimentaire, sommeil, voyage, surmenage,
-ou aggravants: lumière / bruit / effort /position ..

--**facteurs atténuants :** vomissements ,obscurité, sommeil

-**Durée:** qq sec ,minutes,heures

-**mode évolutif :** en salves ,alternant ,paroxystique ,chronique,

-

-- **Périodicité** = tous les jours/mois/années

-**intensité** : sévère avec retentissement sur le plan social,..légère ,

–**Efficacité thérapeutique** : antalgiques usuels/anti-migraineux

B- Les signes d'accompagnement

- Nausées, Vomissements
- Photophobie ,phonophobie
- Injection conjonctivale ,écoulement nasal
- Cervicalgies
- Fièvre, altération de l'état général
- Ralentissement psychique, trouble de la mémoire ou des autres fonction cognitives
- **Troubles neurologique focaux**; accompagnant ou précédant la céphalée:

  visuel mono ou binoculaire, Phosphènes, scotomes sensitifs et ou moteurs hémiparésie ,une ataxie, une diplopie, une dysarthrie.

C- Les antécédents

Age du patient

Antécédents médicaux: HTA, diabète, tumeur

chirurgicaux: injection intratécale ,ponction lombaire

Antécédents familiaux : cas similaire migraine familiale, ‘CADASIL

Traumatisme cervicocranien précédant les céphalées

Prise de médicaments : avant et depuis l’apparition des céphalées

Habitudes toxique: alcool , cocaïne , …

Contexte psychologique

III – 2 Examen clinique

- Examen neurologique à la recherche de signes de focalisation.
– Examen du fond d'œil à la recherche d'oedeme papillaire, de l'acuité visuelle, si HIC suspectée
- recherche signes méningés
-- palpation des artères temporales chez les sujets 60 ans
- prise de la tension artérielle
-- prise de la température

Profils évolutifs de céphalée

-Céphalées aigues :	-Céphalée d'aggravation progressive
• -hémorragie méningée • -méningite • -hypertension intracrânienne aigue • -première crise de migraine • Autres : -ischémie ou hémorragie cérébrale -dissection d'une artère cervicale (cervicalgie associée) -poussée d'hypertension artérielle -glaucome aigu à angle fermé -sinusite aigue	Hypertension intracrânienne subaiguë (tumeur, abcès , hématome sous dural…) -thrombophlébite cérébrale -méningite subaiguë -maladie de Horton **céphalée chronique paroxystique ou continue** Céphalées primaires

III - 3 : Examens complémentaires

Les examens complémentaires sont indiqués en cas de :

•Les céphalées récentes, inhabituelles , de début brutal ou rapidement croissantes ,considérées comme des céphalées secondaires jusqu'à preuve du contraire
•Migraine probable une crise seulement
• céphalée primaire devient chronique ou est significativement aggravée
• nouvelle céphalée chez un migraineux connu en relation temporelle étroite avec une autre pathologie connue

• les crises de migraine peuvent être diagnostiquées simplement par l'interrogatoire, Les examens complémentaires sont normaux

- TDM cérébrale +/- injection de PC
- IRM cérébrale et ANGIO RM cérébrale
- Angiographie cérébrale pathologie vasculaire
- Ponction lombaire: syndrome meningé ,fievre
  tableau Hémorragie , scanner normal
- Bilan biologique et surtout inflammatoire (Horton)
- Echodoppler cervical: dissection d'une artère cervicale
- Examen Ophtalmologique complet glaucome
- Scanner des sinus et examen ORL...otite ,sinusite

III - TRAITEMENT MIGRAINE

Traitement de la crise	
Non spécifique	**spécifique**
AINS: **grade A** Naproxéne, Diclofénac, kétoprofène , Ibuprofène, - l'acide acétyl salicylique - AAS–métoclopramide Paracétamol (**grade C**)	**Triptans vasoconstricteurs** Almotriptan, eletriptan,……. **CI**: affections coronariennes, vasculaires périphériques, HTA no contrôlée, antécédents d'AVC **tartrate d'ergotamine** **grade B** **dihydroergotamine** voie per-nasale et injectable
AINS en 1er intention dès le début de l'aura	**TRIPTANS** en 2eme intention des le debut des cephalees

Traitement de fond

•Fonction de la frqce, intensité crises, handicap familial, social et professionnel -traitement(s) de crise plus de 2 j / sem ,depuis 3 mois

Efficacité démontrée	Efficacité probable
valproate de sodium metoprolol (AMM) propranolol (AMM) topiramate (AMM)	amitriptyline Antidepress tricyc aténolol (βB) candesartan (βB) flunarizine (AMM) antagoniste calcique méthysergide (AMM) nadolol B Bloquant naproxene sodique AINS nebivolol B Bloquant oxétorone (AMM) Antidepress tricyc pizotifène (AMM) sanmigran timolol B Bloquant venlafaxine (ADT) IRS
Efficacité douteuse	
dihydroergotamine (AMM) indoramine (AMM) (antiadrenergique) gabapentine.	

Traitement de l'ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE

Traitements de la crise medicamenteux

le **sumatriptan** injectable SC: dose maximum est de deux ampoules (12mg) par 24h

l'oxygénothérapie à haut débit: débit de 7 à 10L/min d'O_2 à 100 % pendant 15minutes au masque nasobucca

Traitements de fond médicamenteux

Vérapamil (Isoptine®) antagoniste calcique spécifique

Méthylsergide (Désernil®)

Lithium (Téralithe®)

Traitements chirurgicaux de l'AVF

Stimulation : l'hypothalamus**,** le nerf grand occipital, le ganglion sphénopalatin et le nerf vague.

NEVRALGIE DU TRIJUMEAU

Le traitement médicamenteux :

Carbamazepine ,

oxcarbamazepine, lamotrigine

baclofene

Le traitement neurochirurgical

en cas d'échec, d'échappement ou d'intolérance au traitement médicamenteux .

dépend de la présence ou non d'un **conflit vasculo nerveux**

Décompression vasculaire

La thermocoagulation percutanée rétrogassérienne

Compression percutanée par ballonnet du ganglion de Gasser

Radiochirurgie stéréotaxique

Céphalées symptomatiques

pathologie intracrânienne ,maladie de Horton,
sinusite, glaucome, hypertension artérielle ……

- Le traitement de la cause,
- antalgiques prescrits pour une durée limitée

HYPERTENSION INTRA CRANIENNE

Traitement symptomatique

- solutés hypertoniques (Mannitol)
- Les diurétiques : inhibent la sécrétion de liquide céphalo-rachidien et potentialisent l'effet thérapeutiques précédent.
- * La corticothérapie
- **Traitement Etiologique**

CONCLUSION

•C’est un motif fréquent de consultation surtout aux urgences médicales
• c’est un problème de santé publique majeur. Selon l’OMS, 46 % de la population souffrent de céphalées actives

•Le médecin doit être capable de distinguer les céphalées primaires (migraine, céphalées de tension, céphalées en grappe) des céphalées secondaires et notamment celles qui peuvent maitre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel ,grâce à un interrogatoire minutieux , un examen neurologique et général.

Une céphalée d’apparition récente doit toujours faire éliminer une cause secondaire. Faire attention à une céphalée nouvelle chez un céphalalgique chronique